**ZAPYTANIE OFERTOWE**

**„Obsługa prawna Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie”**

|  |
| --- |
| 1. **Zamawiający**
 |

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie**

**ul. Jagiellońska 44**

tel. 91 43 29 503

REGON: 810733454 NIP: 852-21-98-181

|  |
| --- |
| 1. **Tryb postępowania**
 |

Do postepowania nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019r. Prawo zamówień publicznych, z uwagi na wartość mniejszą niż wskazana w art. 2 ust. 1 pkt 1 tej ustawy.

|  |
| --- |
| 1. **Przedmiot zamówienia**
 |

1. Przedmiotem zamówienia jest usługa polegająca na obsłudze prawnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie, z podziałem na części.
2. Szczegółowy zakres zamówienia dla każdej z części określa **załącznik nr 2** do niniejszego postępowania.
3. Zamawiający zastrzega, że jeden wykonawca może złożyć ofertę na jedną bądź wszystkie części zamówienia.
4. Wykonawca zobowiązany jest zrealizować usługę na zasadach i warunkach opisanych w projekcie umowy stanowiącym **załącznik nr 3 i 3a.**
5. Wymagania niezbędne związane ze świadczeniem obsługi prawnej (dla obu części):

- doświadczenie wykonawcy w obsłudze co najmniej jednego podmiotu leczniczego, w ciągu ostatnich 3 lat przed wszczęciem postępowania przez okres minimum 1 roku,

- siedziba Wykonawcy na terenie województwa zachodniopomorskiego.

|  |
| --- |
| 1. **Termin wykonania zamówienia oraz warunki płatności**
 |

1. Usługa będzie realizowane przez **12 miesięcy** od dnia podpisania umowy.
2. Termin płatności wynosi **14 dni** od daty doręczenia faktury VAT Zamawiającemu.

|  |
| --- |
| 1. **Wykonawca załączy do oferty następujące dokumenty:**
 |

1. formularz ofertowy – **załącznik nr 1** do zapytania ofertowego;
2. **zał. nr 5** – oświadczenie,
3. w przypadku, gdy umocowanie osoby podpisującej ofertę nie wynika z właściwego rejestru, należy dołączyć pełnomocnictwo do reprezentowania Wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania w tym postępowaniu i zawarcia umowy, podpisane przez osoby do tego umocowane zgodnie z odpisem z właściwego rejestru lub z centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej,

|  |
| --- |
| 1. **Pozostałe wymagania dotyczące złożenia oferty i dokumentów**
 |

1. Wykonawca może złożyć ofertę na jedną bądź wszystkie części zamówienia w formie papierowej w języku polskim. Ofertę należy złożyć, w siedzibie Zamawiającego w Biurze Podawczym SP ZOZ MSWiA w Szczecinie **w terminie do dnia 26.07.2022 r.**, do godz**. 14:00**. Biuro Podawcze jest czynne od poniedziałku do piątku w godzinach od 07:30 do 15:05.
2. Zamawiający w toku badania i oceny ofert, w przypadku powstania jakichkolwiek wątpliwości, zastrzega sobie prawo do żądania od Wykonawców wyjaśnień dotyczących treści złożonych ofert oraz złożenia dodatkowych dokumentów.
3. Zamawiający zastrzega formę porozumiewania się z Wykonawcami w postaci elektronicznej.
4. Zamawiający zastrzega sobie prawo do zmiany lub unieważnienia niniejszego postępowania na każdym jego etapie bez podania przyczyny.

|  |
| --- |
| 1. **Kryteria oceny:**
 |

1. Przy wyborze oferty w zakresie **części I** Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Kryteria***  | ***Waga*** |
| CENA BRUTTO | 60% |
| Doświadczenie w obsłudze podmiotów leczniczych osoby przeznczonej do realizacji zamówienia  | 40%  |

7.1.1.Punktacja w kryterium „**CENA BRUTTO”** zostanie obliczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w następujący sposób

$$C= \frac{najniższa cena spośród ocenianych ofert}{cena oferty badanej}x 100 pkt x 60 \%$$

Gdzie: C – punkty za kryterium CENA przyznane badanej ofercie.

7.1.2.Każda z ofert będzie punktowana w kryterium „Doświadczenie w obsłudze podmiotów leczniczych osoby przeznczonej do realizacji zamówienia” poprzez przyznanie punktów przez zamawiającego za wskazane doświadczenie zawodowe w obsłudze podmiotów medycznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia( liczone w latach). Punkty będą przyznawane w następujący sposób:

1 rok - 2 lata – 10 pkt

Powyżej 2 lat do 5 lat – 20 pkt

Powyżej 5 lat – 8 lat – 30 pkt

Powyżej 8 lat – 11 lat – 40 pkt

Powyżej 11 lat – 50 pkt

Ocena ofert w obrębie przedmiotowego kryterium prowadzona będzie według następującego wzoru:

$$D= \frac{Punkty przyznane ofercie ocenianej}{Punkty przyznane ofercie z najdłuższym doświadczeniem}x 100 pkt x 40 \%$$

Przy wyborze oferty w zakresie części II Zamawiający będzie się kierował następującymi kryteriami:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Kryteria***  | ***Waga*** |
| CENA BRUTTO | 70% |
| Doświadczenie w obsłudze podmiotów leczniczych w zakresie zamówień publicznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia  | 30%  |

7.2.1 Punktacja w kryterium „**CENA BRUTTO”** zostanie obliczona z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku w następujący sposób

$$C= \frac{najniższa cena spośród ocenianych ofert}{cena oferty badanej}x 100 pkt x 70 \%$$

Gdzie: C – punkty za kryterium CENA przyznane badanej ofercie

7.2.2.Każda z ofert będzie punktowana w kryterium „Doświadczenie w obsłudze podmiotów leczniczych w zakresie zamówień publicznych osoby przeznczonej do realizacji zamówienia” poprzez przyznanie punktów przez zamawiającego za wskazane doświadczenie zawodowe w obsłudze podmiotów medycznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia (liczone w latach). Punkty będą przyznawane w następujący sposób:

1 rok – 2 lat – 10 pkt

Powyżej 2 lat do 6 lat – 20 pkt

Powyżej 6 lat – 10 lat – 30 pkt

Powyżej 10 lat – 40 pkt

Powyżej 11 lat – 50 pkt

$$D= \frac{Punkty przyznane ofercie ocenianej}{Punkty przyznane ofercie z najdłuższym doświadczeniem}x 100 pkt x 30 \%$$

 **Dyrektor**

**SP ZOZ MSWIA w Szczecinie**

 **dr Elżbieta Kasprzak**

*Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego*

 **FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Przedmiot zamówienia*** | **Obsługa prawna**  |
| ***Zamawiający*** |  |
| ***Oferent – pełna nazwa Oferenta,******adres,******tel., fax.******NIP******REGON******e-mail*** |  |
| ***CENA BRUTTO*** ***za 12 miesięcy****w zakresie oferty częściowej* ***Nr I*** | **wartość brutto**: ……………………………………………………………………. złsłownie:…………………………………………………………………………………..**VAT %**……………..%**wartość netto:** ………………………………………………………………………złsłownie:…………………………………………………………………………………… |
| ***Doświadczenie zawodowe w obsłudze podmiotów leczniczych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia w zakresie oferty częściowej nr I \**** | **Imię i nazwisko osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia**  | **Łączna ilość lat w obsłudze podmiotów leczniczych (należy wskazać lata ogółem oraz daty obsługi w poszczególnych podmiotach leczniczych)** |
|  |  |
| ***CENA BRUTTO*** ***za 12 miesięcy****w zakresie oferty częściowej* ***Nr II*** | **wartość brutto**: ……………………………………………………………………. złsłownie:…………………………………………………………………………………..**VAT %**……………..%**wartość netto:** ………………………………………………………………………złsłownie:…………………………………………………………………………………… |
| ***Doświadczenie zawodowe w obsłudze podmiotów leczniczych w zakresie zamówień publicznych osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia w zakresie oferty częściowej nr II \**** | **Imię i nazwisko osoby przeznaczonej do realizacji zamówienia**  | **Łączna ilość lat w obsłudze podmiotów leczniczych w zakresie zamówień publicznych *(należy wskazać lata ogółem oraz daty obsługi w poszczególnych podmiotach leczniczych)*** |
|  |  |

**Proponowany harmonogram świadczenia usług stacjonarnie:**

**………………………**

**………………………**

**………………………**

**………………………**

**………………………**

**ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:**

1. zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
2. osoby, które będą zawierały umowę ze strony Wykonawcy:

.....................................................................................................................................................

e-mail:………...……........……………………………..……....….tel....................................................…………..;

1. osobą odpowiedzialną za realizację umowy jest:

.....................................................................................................................................................

e-mail:………...……........……………………………..……....….tel................................................…………………….;

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnosimy do niego żadnych uwag oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia niezbędne do przygotowania oferty.

Oświadczamy, że czujemy się związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu składania ofert.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy i nie wnosimy zastrzeżeń, co do jej treści.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z informacją RODO.

\* Zamawiający zastrzega sobie prawo do zweryfikowania dokumentów potwierdzających doświadczenie w świadczeniu usług objętych niniejszym zapytaniem w podmiotach leczniczych.